SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL VALLE

CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**76**
Código Centro	**954310**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**87662-581335**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ISABEL CRISTINA GUZMAN LOPEZ	**Banco a consignar:**	BANCO DE OCCIDENTE
Cédula de Ciudadanía	1.061.713.012	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	icguzman@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	030912158
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7445193/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**16325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CO1.PCCNTR.7445193 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, LLEVANDO A CABO LAS ACCIONES RELACIONADAS CON LA EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN, DE ACUERDO CON LA RED DE CONOCIMIENTO, ÁREA TEMÁTICA Y LINEAMI

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2025 Al 31/10/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 10.192.259
Número de pago	**9**	**Valor Total del Contrato:**	$ 40.504.225
Valor Bruto Pago:	**$ 3.971.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 6.221.259

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.971.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.971.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.334.800**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Octubre	Setiembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**4624019357**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.334.800,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.588.400	$ 1.588.400	Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 198.600	$ 198.600	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 254.200	$ 254.200	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I		$ 8.300	$ 8.300	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 397.100		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 796.784	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 778.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.531.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$3.971.000,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y UN MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

100 horas impartidas como instructora en modalidad presencial y virtual.
Se continua con las fichas 2929796 Gestión redes de datos y 2930764 Análisis y desarrollo de software se implementa la guía 2 sobre los movimientos y leyes de la física, 3221654 Modelado digital se continúa con la guía 2 sobre operaciones básicas con los números números reales y construcciones geométricas, 3184469 Monitoreo Ambiental y 3147610 Sistemas Eléctricos se aplica la guía 3 sobre algo para el cálculo de áreas y volúmenes, medidas de conversión. Se continua con a la ficha 3234082 Análisis y Desarrollo de Software se socializa la Guía 2 sobre operaciones básicas con los números reales aplicación del taller 1. Se continua con la ficha 3314275 Integración de Contenidos Digitales con la guía 1 las matemáticas y el mundo que nos rodea.
Finalmente, en la modalidad virtual se da inicio a las sesiones en línea en donde se presenta un esquema de las fichas 3336234,3336235 3336236 Análisis y Desarrollo de Software con las actividades de aprendizaje, evidencias de aprendizaje y fechas de entrega especifica

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

ISABEL CRISTINA GUZMAN LOPEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

JOSE GABRIEL GARAVITO APONTE
INSTRUCTOR G20

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
MARIA MARGARITA GIRALDO ATEHORTUA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

21/10/25 15:37:07 USUARIO: SIC - C.C. 1061713012

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1061713012
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ISABEL CRISTINA GUZMAN LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	CARTAGO	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CARRERA 15A NO 11B - 39.MANZANA G, CAS 7	TELÉFONO:	3102967
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4624019357**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/10/01		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		5100182976	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 254.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.200	$ 0	$ 254.200
SUBTOTALES:										**$ 254.200**	**$ 0**	**$ 254.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS042	EPS042 - COOSALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 198.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 198.600	$ 0	$ 0	$ 198.600
SUBTOTALES:													**$ 198.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 198.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.300	$ 8.300	$ 0	$ 0	$ 8.300
SUBTOTALES:									**$ 8.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.300**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF56	CCF56-COMFENALCO VALLE	1	$ 31.800	$ 0	$ 31.800
SUBTOTALES:			**$ 31.800**	**$ 0**	**$ 31.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																								PENSIÓN								SALUD						ARP										CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																																
1	CC 1061713012	GUZMAN LOPEZ ISABEL CRISTINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.588.400				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.588.400	$ 254.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 254.200	EPS042 - COOSALUD	30	$ 1.588.400	$ 198.600	$ 0	$ 198.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.588.400	106171301	$ 8.300	30	$ 1.588.400	CCF56-COMFENALCO VALLE	$ 31.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 492.900

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 04 de octubre de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

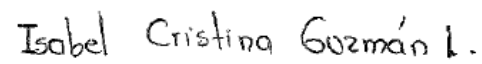
T.I.	**1089648491**	**MARTINA ARCOS GUZMÁN**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,



_____

FIRMA
Nombre: Isabel Cristina Guzmán López
C.C. 1.061.713.012 Popayán – Cauca

bio red

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1089648491

Indicativo Serial 62044053

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	M	Y	V
☐	X		☐	☐	☐				

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - RISARALDA - PEREIRA NOTARIA 5 PEREIRA * * * * * * * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARCOS * * * * * * * * * * * * * * * *	GUZMAN * * * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s)

MARTINA *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes SEP Día 06	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección)

COLOMBIA - RISARALDA - PEREIRA *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * * * *	23095310638197 * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

GUZMAN LOPEZ ISABEL CRISTINA *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1061713012 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ARCOS CAÑAR OSCAR FELIPE *

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 10298837 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARCOS CAÑAR OSCAR FELIPE *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 10298837 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	OSCAR FELIPE ARCOS C.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
* *	* * * * * * * * * *

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
* *	* * * * * * * * * *

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes SEP Día 07	FERNANDO CHICA RIOS Nombre y firma

Notaría Quinta del Círculo de Pereira
FERNANDO CHICA RIOS
NOTARIO

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner